



Trabajo médico e identidad profesional. Inserción de médicos/as de la ELAM (Cuba) en Uruguay y Chile

INSIGHTS ON PHYSICIAN'S WORK AND PROFESSIONAL IDENTITY GAINED THROUGH A STUDY OF THE PLACEMENT OF ELAM PHYSICIANS IN URUGUAY AND CHILE

Natalia Picaroni Sobrado

Academia Austríaca de las Ciencias; Becaria del Programa Posdoctoral, Chile. natalia.picaroni@gmail.com

27

Recibido: 20/03/17 – Aceptado: 25/05/17

*de sentarme en este escritorio, cada mañana me canso
de repetir lo mismo, me agoto
de dar indicaciones que no comparto, me desespero y enfado
de tanta mierda que tenía que decir y aún me queda,
en el basurero colecciono poemas
y en el estómago las lombrices ya no son mariposas
los músculos se atrofian, la mente se aburre en el abismo
y el jefe-sistema sigue esperando su desenlace fatal para él
(para nosotros?)*

Fragmento del poema “De lunmarmierjuevielunmarmier...”
Andrés Varela, Chile, 2013

RESUMEN

Retomo el abordaje del trabajo médico como acto social institucionalizado para pensar la permanencia/transformación de prácticas y saberes en relación a la identidad profesional. El saber y la identidad médica se construyen, transforman y expresan en contextos específicos que les son intrínsecos. Los médicos formados en la ELAM en Cuba incorporaron comportamientos, presupuestos y expectativas de rol así como aspectos “técnicos” del saber médico que difieren en algunos puntos significativos de los dominantes en sus entornos de inserción profesional. A su vez, estos entornos se van inscribiendo procesualmente en su práctica y en su identidad.

A partir de mi aproximación etnográfica al tema, propongo abordar la inserción de estos médicos en Uruguay y Chile como encuentro entre maneras diferentes de ser/hacer médicos. En ese encuentro se reafirman, cuestionan y modifican las identidades profesionales y también se expresan los retos fundamentales de las sociedades que, en ambos casos, remiten a la estratificación social inequitativa existente en ellas.

El trabajo médico se caracteriza por la coexistencia de amplios espacios de legitimación y profundas grietas para el cuestionamiento de las formas de ser/hacer hegemónicas que sustentan esa estratificación. El reconocimiento de las funciones de mantenimiento, legitimación y control en la propia práctica médica cotidiana es un punto de partida tan doloroso como necesario y crítico, en cuanto constituye una oportunidad que no tiene una resolución a priori. Entre las trayectorias posibles está la de contribuir a profundas transformaciones del modelo hegemónico.

Palabras claves: Trabajo, identidad profesional, formación, médicos, ELAM

SUMMARY

I return to an understanding of the job of a physician as an institutionalized social act in order to set the preservation/transformation of practices and knowledge-systems in relation to professional identity. Medical knowledge and identity are formed, transformed and expressed in specific sociocultural contexts, which are intrinsic to them. At ELAM in Cuba physicians acquire ways of behaving, assumptions and expectations of their role as well as “technical” aspects of medical knowledge, which differ significantly from the dominant ones in their present work environments. Simultaneously, these environments gradually inscribe themselves into their medical practice and identity.

Grounded on my ethnographic study of the placement of ELAM trained physicians in Uruguay and Chile, I conceptualize the placement process as an encounter of different ways of being and acting as a physician. In this encounter, professional identities may be reaffirmed, questioned and modified. The encounter itself express the fundamental social challenges, which in both cases, point out the unequal social stratification.

The coexistence of broad possibilities for the legitimation of the hegemonic ways of being and acting, which support social inequity, and deep gaps for critically confronting them, is a feature of physician’s work. Gaining awareness of the legitimation and control functions played by working as a physician on a daily base is a distressing, but necessary and critical, starting point; critical because it means an open-ended opportunity. The possible paths include to contribute to profound transformation of the hegemonic model.

Keywords: Work, professional Identity, training, physicians, ELAM

El reconocimiento del papel que juegan los procesos salud/enfermedad/atención en la construcción de significaciones colectivas está en la base del interés antropológico en ellos. Se trata de un espacio de producción, reproducción, legitimación y mantenimiento de prácticas y saberes hegemónicos así como de cuestionamiento, crítica, oposición y resistencia a los mismos. Es también un espacio de construcción de identidades/alteridades.

La tensión entre legitimación y cuestionamiento del modelo hegemónico en el trabajo médico es uno de los temas que ha ido ganando interés en mi acercamiento a la inserción en Uruguay y Chile de médicos/as formados en el proyecto Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) en Cuba. El núcleo de esta investigación lo constituyen períodos intensivos de trabajo etnográfico entre 2006 y 2012 en zonas rurales y urbanas en contextos como establecimientos sanitarios oficiales, privados e iniciativas de salud comunitarias. Aquí quiero señalar que el recorte metodológico,

el período de tiempo, los contextos y las personas con quienes trabajé, enmarcan la extensión y pertinencia de mi análisis.

En este ensayo propongo que el trabajo médico se caracteriza por la coexistencia de amplios espacios de legitimación de las formas de ser/hacer hegemónicas, con profundas grietas para su cuestionamiento y que algunas líneas de abordaje antropológico del trabajo médico permiten pensar la permanencia/transformación de prácticas y saberes en relación a la identidad profesional. Primero presentaré el marco interpretativo construido, luego algunos resultados generales de mi investigación para, finalmente, compartir reflexiones de sus participantes y mías motivadas por lo que denomino el encuentro entre formas diferentes de ser/hacer médicos¹.

Trabajo médico, saber y práctica

Desde una perspectiva antropológica, el trabajo médico puede entenderse como un acto social institucionalizado constituido por representaciones y prácticas socioculturales ordenables para su análisis como un saber específico. En esta propuesta confluyen presupuestos sobre la institucionalidad y la subjetividad, dos áreas temáticas que están siendo revisadas con renovada intensidad. Por ejemplo, Pina-Cabral(2011) señala que la persona no preexiste a la interacción intersubjetiva y que “estar en compañía” es la base para pensar la socialidad y con ella la combinación recurrente de modos de actuar y de pensar, la institucionalidad. Subraya la necesidad de abandonar definitivamente soluciones representacionales que trabajan con modelos cartesianos de la mente, soluciones socio-céntricas que ven a la grupo como unidad teleológica, e individualistas que pasan por alto que la intersubjetividad es constitutiva para la persona.

Aquí parto de considerar que pensar y actuar, aspectos que son inseparables pero no idénticos entre sí, ser y hacer, que denota más claramente que el pensamiento y la representación no son únicamente procesos mentales, tienen que ver, sobre todo, con estar con otros en entornos específicos y heterogéneos.

Actualmente, en general se acepta que las técnicas, las tecnologías y los saberes especializados son expresiones de contextos socioculturales e históricos, reconocimiento que no necesariamente se manifiesta en la práctica. Es decir, más allá de que reconozcamos la imbricación social y cultural de las tecnologías, de los saberes y de la ciencia en general, en la práctica tendemos a reproducir más o menos acríticamente incluso aquellos aspectos socio culturales que más criticamos.

En este sentido considero útil retomar el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH) de Menéndez desarrollado en sucesivos trabajos desde la década del 70' para intentar aprehender la relación compleja, mutuamente estructurante, entre el contexto sociocultural y un hecho social particular como el trabajo médico y, al mismo tiempo, la estructuración de maneras diferentes de ser/hacer constituidas en el “estar en compañía” en lugares diferentes.

A mi entender, MMHno es sinónimo de dominación profesional o poder médico. Como señala reiteradamente Menéndez, el concepto no refiere en primer lugar ni

1. A partir de aquí uso el masculino como genérico. Señalo que en mi investigación participaron hombres y mujeres en porcentajes equitativos, que el género es un factor significativo en el trabajo médico con una influencia compleja que no analizaré aquí y, también, que el rol médico permanece asociado a lo masculino.

exclusivamente a los médicos² sino que es más bien una propuesta para elaborar un marco de referencia respecto de la biomedicina como institución que permita entender la relación entre sujeto y estructura, entre sujeto y cultura en situaciones específicas. Fue elaborado, a su vez, a partir de situaciones concretas en las que se procuró registrar las prácticas y representaciones de diversos actores y analizarlas como saberes.

Hay entonces tres conceptos básicos que aquí utilizaré más o menos como propone Menéndez (2009, 25): *formas* –aquí también *maneras*– apunta a las trayectorias particulares a nivel de las experiencias individuales/colectivas; *saberes* da cuenta de un grado de síntesis de representaciones y prácticas a nivel de conjuntos sociales diferenciados; y *modelos* refiere a una construcción provisoria que establece características y funciones de los saberes en su relación con el contexto. El saber médico sintetiza a un nivel mayor de abstracción las representaciones y prácticas técnicas; el MMH pretende dar cuenta “del saber médico dentro del sistema sociocultural, económico-político y teórico-práctico del que forma parte” (Menéndez & Di Pardo, 1996, 20).

Desde esta perspectiva inspirada en el marxismo gramsciano, los diversos saberes reconocibles en un contexto o situación se relacionan de maneras conflictivas y complementarias en procesos de hegemonización/subalternización en los que algunos actores imponen o intentan imponer su forma de entender y organizar el mundo a otros que la van aceptando y reproduciendo de manera que otras formas de ser/hacerse van definiendo cada vez más en su articulación con la hegemónica. Al mismo tiempo, surgen propuestas cuestionadoras y de resistencia, algunas de las cuales pueden enfrentar y transformar las hegemónicas en un proceso histórico marcado por continuidades/discontinuidades.

30 La ventaja de este abordaje radica en que permite dar cuenta tanto de la variabilidad y heterogeneidad hacia el interior de los actores o agentes sociales como entre ellos, pero también de las constricciones o límites a esa variabilidad.

Trabajo médico e identidad profesional

Las representaciones y prácticas técnicas que constituyen el saber médico se construyen en los grupos de socialización y actuación profesional a partir de procesos de estructuración colectiva que tienen lugar en contextos específicos. El contexto es intrínseco al saber médico de manera que el trabajo médico es una “actividad técnica saturada de procesos sociales, económicos e institucionales” (Menéndez & Di Pardo, 1996, 49).

Toda una línea de investigación incorpora propuestas del interaccionismo simbólico, en especial a partir de Goffman (1959), para abordar las relaciones sociales en las instituciones sanitarias y concluye que para la identidad profesional resulta fundamental la escenificación, la actuación de un rol específico o bien la reproducción espontánea de un comportamiento que refleja ese rol hacia uno mismo y hacia los demás. También los conceptos de *habitus* (Bourdieu, 1972), disposiciones, pautas etc. han sido ampliamente aplicados en este sentido, destacando que las disposiciones incorporadas como estudiante tienden a perdurar durante muchos años e incluso durante toda la vida profesional (Sinclair, 1997).

En el caso de la biomedicina, como señalan Menéndez y Di Pardo (1996, 53), los procesos de estructuración colectiva se fundamentan ideológicamente en la racionalidad

2. Otros actores fundamentales en la constitución, mantenimiento y modificación del MMH son la industria de la salud/enfermedad y los conjuntos sociales estratificados (Menéndez 2005; 1990).

científica. La identificación profesional define la actividad médica como práctica profesional y técnica ligada directamente a la producción de conocimiento científico. De esta manera tiende a negar (1) las consecuencias de las condicionantes institucionales sobre las representaciones y prácticas técnicas³ y (2) la apropiación y resignificación técnica de representaciones y prácticas sociales medicalizadas⁴.

En la actuación profesional la resignificación como técnicas de una parte de las condiciones socioculturales y económico-políticas, y la estructuración institucional del saber médico se conjugan en formas específicas de ser/hacer como médico que difieren entre Cuba, Uruguay y Chile⁵.

La identidad médica se construye, transforma y expresa en la práctica profesional. Las identidades individuales y colectivas no son fijas, estáticas ni coherentes sino que están en constante proceso de construcción; son dinámicas y multidimensionales e incluyen adscripciones dialógicas sobre “el sí mismo” y “los otros” inmersas en relaciones de poder, configuradas procesualmente, representadas y transformadas en las diferentes formas de acción (cognición, lenguaje, imaginación, emoción, cuerpo, etc.) (Gingrich, 2004, 6).

Médicos/as de la ELAM incorporaron comportamientos, presupuestos y expectativas de rol médico, de lo que significa ser médico y de cómo actúa un médico, así como aspectos “técnicos” del saber médico, que en algunos puntos significativos difieren de aquellos dominantes en sus entornos de inserción profesional. A su vez, estos entornos se irán inscribiendo procesualmente en su práctica y en su identidad de maneras diversas que, en general, incluyen la reafirmación y actualización de algunos rasgos de su formación.

Médicos de la ELAM en Uruguay y Chile: el encuentro entre maneras diferentes de ser/hacer médicos

El proyecto ELAM es un proyecto de formación médica iniciado en 1999 que otorgó becas a jóvenes latinoamericanos, caribeños, africanos, de EEUU, Asia, el Pacífico y Medio Oriente para estudiar Medicina en Cuba. Hasta 2012 se graduaron más de 12.000 médicos generales, más de 3.000 habían completado también la especialidad en Medicina General Integral (medicina familiar y comunitaria) a través de otra beca de estudios, y unos 800 además otro posgrado médico.

Su estadía en Cuba se supedita al tiempo en que estén estudiando, que puede ser de un mínimo de 6 años y medio hasta más de 14 si completan los estudios de grado y dos especialidades médicas. Para ejercer su profesión fuera de Cuba deben obtener la habilitación requerida en cada país, que, en general, incluye la homologación de las credenciales académicas. En el año 2012 había en Uruguay más de 400 médicos de la ELAM y una cantidad similar en Chile, en su mayoría trabajando como médico general, una parte como especialista y una parte cursando estudios posgrado. A partir de 1999

3. Reiteradamente señaladas en investigaciones sobre formación médica (Freidson, 1973; Sinclair, 1997).

4. Destacadas por investigaciones antropológicas sobre salud/enfermedad/atención que insisten en que no es un proceso exclusivo de una sociedad (Lock & Nguyen, 2010,67).

5. El nivel nacional es fundamental para la formación y actuación médica. Mis referencias a éste no pretenden anular las diferencias al interior de cada país, sino que buscan situarlas dentro de un marco regulador que tiende a homogeneizar y que además, se articula con una biomedicina internacional de tendencias homogeneizantes.

en ambos países cada año unas 50 personas, la mitad mujeres y la mitad hombres, recibieron becas para la ELAM.

Mi acercamiento a este proyecto, junto al de otros investigadores (Huish, 2008; Anderson, 2008), apoya la conclusión de que las diferencias con otras escuelas de medicina a nivel de la formación académica, refieren, sobre todo, a la aplicación de propuestas, contenidos y orientaciones reconocidas y ratificadas –pero en general no aplicadas– desde la biomedicina, la salud pública y la epidemiología internacional –énfasis en atención primaria, habilidades en investigación, enfoque de resolución de problemas, información sobre otras formas de atención, entre otras– así como a contenidos respecto del rol médico transmitidos intencional y no intencionalmente.

En general, el currículo se mantiene dentro de la tradición médica universitaria sin excluir ningún aspecto que internacionalmente se considere básico. Las diferencias en aspectos “técnicos” se concentran en las áreas que más denotan la redefinición de las condiciones socioculturales como técnicas y sobre todo la “producción de la salud” como proceso histórico. Es decir, en aquellas que reflejan y traducen la relación entre el cuerpo y los procesos políticos y sociales (Fassin, 2004, 297), como el abordaje del analfabetismo como problema de salud, la centralidad de la palabra y la escucha en la relación médico-paciente o la relevancia del examen clínico.

De cualquier manera, las diferencias que considero más importantes tienen que ver con las relaciones sociales en la ELAM. La heterogeneidad sociocultural, de trasfondos étnicos, socioeconómicos, lingüísticos, geográficos, políticos, culturales, etc., es mayor que en cualquier otra institución formadora de médicos del continente y se despliega –esto es fundamental– en un contexto de equidad de oportunidades y condiciones para el desarrollo académico y profesional que en término comparativos es también equitativo para el acceso a la atención médica en todos sus niveles de complejidad (tesis, 252).

Lo que interesa aquí es una reflexión general por lo que no puedo extenderme sobre las complejidades inherentes a la recepción de estos médicos en países que, como Uruguay y Chile, no tienen una política de formación de recursos humanos⁶; ni tampoco sobre las diferencias entre ambos. Basta decir que en ambos casos en la práctica “el mercado” organiza la incorporación de profesionales y técnicos al ámbito sanitario, al tiempo que se define a la salud como derecho (Chile en 2005, Uruguay en 2007) en procesos de reformas que enfatizan la atención primaria de salud, hasta ahora sobre todo a través de medidas administrativas que privilegian una atención primaria médica.

La incorporación de médicos de la ELAM ha seguido caminos auto gestionados y diversos. En sus acercamientos al trabajo y formación local la disposición de médicos, profesores y estudiantes locales ha resultado definitoria. Por distintos motivos y de diferentes maneras–en Chile más o menos inmediatamente y en Uruguay con el transcurso del tiempo–una parte importante de estos profesionales trabajan en zonas apartadas con dificultades para el acceso a la atención médica y para la protección de la salud.

Partiendo de la propuesta de Fassin (2004) de buscar desde la antropología volver inteligibles los retos que sobrepasan el “sector salud”, planteo que la inserción de médicos de la ELAM en Uruguay y Chile es un espacio de expresión de los retos fundamentales de las sociedades, que en última instancia remiten, en ambos casos, a una estratificación social inequitativa e injusta. Se trata de un espacio de significaciones

6. Cada vez hay más trabajos sobre inserción de médicos formados en Cuba en otros países, entre los más interesantes Dorsch (2011) y Fiddian-Qasimiyeh (2011) para África.

sociales que manifiestan las tensiones que enmarcan la definición de la realidad actual y de las posibilidades futuras (tesis, 17).

Propongo entonces abordar el proceso de inserción como encuentro entre maneras diferentes de ser/hacer como médicos. De manera simplificada interesan sobre todo la forma de ser/hacer característica de médicos de la ELAM, que expresa la actualización en el nuevo contexto de su experiencia de formación y la dominante en éste que expresa la impregnación local del saber médico y remite a buena parte de las características del MMH discutidas por Menéndez⁷. También se pueden reconocer otras formas locales que en mayor o menor medida cuestionan, resisten, critican y pueden contrarrestar algunas de esas características así como formas diferenciadas entre médicos de la ELAM.

Este encuentro entre maneras de ser/hacer impacta en el proceso de construcción dinámica de la identidad/alteridad de varias maneras, entre ellas motivando reflexiones en sus protagonistas. Si bien la observación directa de las prácticas es central para mi abordaje, aquí interesa destacar la posibilidad de reflexión y comprensión crítica que este encuentro promueve en el trabajo y la vida cotidiana.

De *diostores* y *médicos*⁸

Popularmente en Chile *diostor* resalta el halo de superioridad y excepcionalidad atribuido al médico cuya imagen se insinúa así en el poema que cité al comienzo:

“la carita sonriente, el pelo correctamente presentado, el uniforme-de punta en blanco, los zapatos lustrados, la camisa con todos los botones abrochados, el último auto del último año, la voz altisonante y distante, la no-caligrafía...”

No pretendo analizar este término/imagen, sólo interesa como punto de partida en relación a dos asuntos. Por un lado, la identidad profesional se define partiendo de la contra posición al no médico, al lego y también a otros médicos. Por otro, la forma de vestir, hablar, transportarse, escribir, las costumbres y gustos en general son muy relevantes en la construcción de la identidad/alteridad, como señala Bourdieu (1979) entre otros. En relación a ambos factores, médicos de la ELAM reconocen diferencias significativas entre lo que representa al médico en sus entornos de trabajo y en el de su formación. En este sentido una entrevistada en Uruguay propone:

“Hay diferentes concepciones de lo que son los referentes, de lo que yo quiero llegar a ser como profesional. A veces, hay una tergiversación de que el que tiene más plata, más carro, el médico que trabaja en todos lados y gana no sé 200 mil y que anda de traje, eso es el referente, el que quieres llegar a ser; no importa el tipo de profesional con el paciente que es. Y me parece que en Cuba va más por el lado de la calidad de profesional que sos ante las personas”.

Otro, desde Chile recuerda a sus profesores manifestando que “tú te podías sentar a discutir un tema y no estaban en las nubes, no eran semi-dioses, eran personas”. Y otro plantea: “no hay esa división de que tú eres el médico, el dios, el diostor; y el resto

7. En particular: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada con exclusión del saber del paciente, manejo de la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2009,44-47).

8. A partir de aquí, si no se indica otra cosa, las citas pertenecen a médicos de la ELAM y fueron registradas en 2011 y 2012.

de los mortales, como es acá” y considera que su formación en general le impulsó a: “no sólo encerrarte en soy médico, soy médico, soy médico sino: soy un ente más de la sociedad”.

Ya dije que la identificación con la racionalidad científica constituye un rasgo fundamental de la identidad profesional que puede darse de maneras diversas. Investigaciones desarrolladas en Uruguay (Romero, 1999; 2003; 2006; 2009) y en Chile (Sadler, 2004; 2016) observan como rasgo importante de diferenciación que en la consulta médica se coloca el *saber* en el médico y el *no saber* en el paciente. La exclusión del saber del paciente, la verticalidad, un *habitus asistencial autoritario* (Romero, 1997) y patriarcal dominan sobre todo en las instituciones oficiales. Esto se extiende a otros ámbitos y aspectos de la vida social de manera que en la identificación médica opera un esquema de “médico ante todo” (Romero, 2009) que refiere a la “desaparición” de la persona dentro del rol médico: el médico se define desde ese aspecto de su ser en cualquier circunstancia y lugar (Rodríguez et al., 2009, 64).

Una entrevistada que vive y trabaja desde hace más de seis años en el interior de Uruguay observa: “llegás acá y perdiste el nombre, ya no te llamás Juana, te llamás Doctora”. Esto expresa un movimiento en que el médico es colocado, y se coloca, en un lugar de superioridad moral, incluso cuando su conducta no refleje, y hasta contradiga, esta pretensión, “son los intachables, intocables y están en el re pedestal porque son *los médicos*”⁹.

Lo que resalta entonces es la verticalidad, la separación que “doctor/a” genera y su extensión a todos los ámbitos y momentos de la vida social. Estos rasgos no sólo son diferentes a los dominantes en el contexto de su formación, sino que además no reflejan su saber técnico. Una entrevistada explica que la “relación jerárquica donde el médico es el que habla, el que propone, el que decide” que prima en Uruguay es una limitación para la buena práctica médica debido a que influye negativamente no sólo en las tareas de prevención y promoción sino también en las netamente asistenciales. Otro entrevistado propone que además hay una “traba jerárquica” que opera a todos los niveles de las instituciones sanitarias y también entre médicos de distinta formación o en distintas funciones. Esto dificulta la colaboración y la contraposición de opiniones que es central para su labor.

Por su parte, cuando evalúan la actuación profesional de médicos de la ELAM la mayoría de los trabajadores de la salud, médicos y no médicos, directivos y pacientes destacan el establecimiento de relaciones “más de frente”, “más humanas”, “de tú a tú” basadas en una actitud de respeto que contrasta con las actitudes dominantes en las instituciones sanitarias¹⁰. Lo central aquí es que la construcción de relaciones personales más horizontales y respetuosas se da a partir de la actuación espontánea de un comportamiento de rol y no como expresión de convicciones o habilidades personales que, por supuesto, también juegan un papel. En este sentido, un médico de la UDELAR reflexiona en torno a la referencia de pacientes por parte de médicos de la ELAM:

9. Al mismo tiempo, los pacientes/usuarios pierden el nombre en las instituciones sanitarias: “‘la poli cistitis’, ‘el dolor de cabeza’, les llaman”, comenta otra médica de la ELAM en 2007. También en Chile insisten en que observan una disolución de la persona en una patología, un órgano, o bien un número o una cifra que garantiza ciertos recursos.

10. Sin embargo, y esto es muy importante, al menos una parte de las críticas y quejas respecto de médicos de la ELAM refieren, en última instancia, a la mayor horizontalidad que en definitiva cuestiona la estratificación institucional y social.

“te llaman con un respeto realmente a destacar, no como otros médicos de acá que te llaman de forma prepotente; ellos te llaman con mucha amabilidad [...] y te hacen una historia clínica muy buena: ‘paciente de tal edad, con tales antecedentes, que tiene esto, esto y esto, y consulta por esto’. Nosotros: ‘mirá te llamo porque tenés que venir acá porque hay un paciente que está con presión alta o creo que tiene un infarto: ¡vení!’. Yo creo que hacen una medicina como debe ser, mucho más abierta y no sólo centrado en una patología”.

Gingrich y Baumann (2004) señalarían que aquí está funcionando una “gramática orientalista” en la constitución de la identidad/alteridad, una operación especular donde el “sí mismo” y “el otro” se condicionan mutuamente reflejando de manera inversa características negativas y positivas, de forma tal que, aquellas positivas en “el otro” alguna vez estuvieron en “nosotros” pero se han perdido, y las positivas en “nosotros” aún no alcanzan al “otro”. Buena parte de mi material podría analizarse en estos términos, pero no es lo que interesa aquí.

Lo que quiero destacar es que el encuentro entre formas diferentes de ser/hacer potencialmente impacta, cuestiona o reafirma rasgos de todas las identidades profesionales implicadas en él y, sobre todo, que constituye un espacio de reflexión no sólo sobre las formas de hacer propias o el saber médico, sino también sobre las relaciones sociales y el contexto que las sostiene.

El “diostor” no es un rudimento del pasado que se habría diluido ante la presión estatal o ciudadana o ante la “proletarización” de la profesión, lo que para algunos estaría en la base de situaciones de críticas, enfrentamientos, denuncias e incluso maltratos verbales y físicos hacia médicos hoy bastante extendidas. Por el contrario, es la permanencia de tendencias verticales, autoritarias y patriarcales profundamente arraigadas en la identidad profesional –y que se manifiesta de muchas formas, a veces sutiles, incluso entre quienes decididamente las critican–la que explica al menos una parte de estas situaciones. Cualquier oportunidad de reconocer estas tendencias en el cotidiano del trabajo médico es potencialmente un aporte, sobre todo si se practican alternativas más o menos viables.

35

El boxeo

Ahora bien, la disolución de la persona dentro del rol médico, de la patología o de la cifra, se da en instituciones que normatizan, rutinizando y esquematizando, el quehacer médico de manera que el comportamiento de rol tiende a economizar la intervención como sujeto (Menéndez & Di Pardo, 1996, 18). En contextos que no garantizan el acceso a lo que la biomedicina considera oportuno para diagnosticar, tratar, paliar o sanar—que son las funciones que el médico identifica como centrales en su quehacer—el no involucramiento personal adquiere un sentido protector ya que permite conservar la identidad profesional a partir de seguir la pauta que, a menudo, es un “hacer como si” se diagnosticara, tratara, paliara o sanara. Cuando este tipo de movimiento no es posible, la frustración puede llegar a grados muy altos: “no haces nada, lo único que hacés es que la gente tenga que volver a consultar y encima después los tratan mal: ¡otra vez este!, dicen”. O:

“Te sentís super frustrada porque, por ejemplo, cuando empecé a trabajar, le mandaba un parcial de orina a un paciente, un examen súper básico que en Cuba estaba al tiro, tú lo mandabas y a los 20 minutos estaba—en el hospital donde yo estaba, que era pobre

y todo lo que quisieras. Acá [consultorio adosado a uno de los hospitales más importantes de Chile] tiene que esperar cinco días, y si necesita urgente: ‘ah, no sé, tiene que pagar’, tiene que ir a un laboratorio privado. O las colas: yo llegaba y el consultorio lleno [...] Una vez nos pusieron a atender en un poli de choque que hicieron: teníamos siete minutos para atender a un paciente.[...]Y estás ahí en tu box, y lo llamas y eres como una máquina que atiende y en siete minutos ni siquiera alcanzas a decirle nada. Entonces, todas las expectativas de la población para atenderse con un médico se desvanecen [...] Eso a mí me chocó, sentí que me empecé a secar, a secar, a secar y todavía siento eso, que me estoy secando como médico”.

El “boxeo” –ese “estar entre cuatro paredes atendiendo”–, el funcionar como un dispensador automático de recetas médicas, es también criticado fuertemente por profesionales locales. Sin embargo, hasta ahora, las críticas no impiden que se siga practicando. Más bien dan lugar a un retraimiento personal, sobre todo, de las instituciones oficiales, que en definitiva tiende más a mantenerlo que a cuestionarlo, aunque también se dan acciones colectivas más o menos rupturistas pero marginales¹¹.

En el caso de los egresados de la ELAM, dos factores influyen en su permanencia en este tipo de labores. En Chile suele ser el primer trabajo que encuentran, pero también trabajar en atención primaria en las instituciones oficiales es parte importante de sus expectativas, de hecho, consideran que éste sería el trabajo ideal para recién graduados y además el que más falta hace. Pero su concepción del quehacer médico en este ámbito difiere profundamente de lo que se hace tanto en Chile como en Uruguay como atención primaria¹².

36

El quehacer médico en ambos países es descrito con frases como “poner parches” y “sedar a la gente”, dos asuntos que les preocupan mucho. El trabajo enfocado exclusivamente al alivio del síntoma y el uso extremadamente extendido de “tranquilizantes” son dos tendencias fuertes del saber médico internacional muy marcadas en Uruguay y Chile. Aunque no puedo extenderme aquí sobre esto, la práctica de médicos de la ELAM a través del ejercicio espontáneo de su comportamiento de rol, las cuestiona y en parte las contrarresta¹³, incluso cuando ellos opinen que “no están haciendo nada”, que se está apegando a y reproduciendo los esquemas de trabajo locales (tesis, 175-186). Lo fundamental aquí es que en relación a estas dos tendencias se hacen evidentes las funciones de mantenimiento, control y legitimación de situaciones patologizantes que cumple el trabajo médico y que el MMH tiende a opacar u ocultar detrás de las funciones curativas, restitutivas y preventivas (Menéndez, 1990, 110).

En el caso de los médicos de la ELAM, el comportamiento de rol incorporado en la formación incluye dos aspectos determinantes para comprender el nivel de cuestionamiento a su identidad profesional que implica el nuevo entorno y, a la vez, el cuestionamiento que su práctica médica implica al MMH: (1) la construcción de relaciones humanamente significativa en el trabajo médico y(2) la responsabilidad personal por el paciente sustentada en la responsabilidad colectiva e institucional incluyendo la del propio paciente. Ambos son contrapuestos a la manera dominante de ser/hacer en el ámbito sanitario uruguayo y chileno a la vez que son parte de las disposiciones más

11. Romero propone un esquema para el análisis de resistencias y transformaciones en el campo de la salud en Uruguay que pudiera aplicarse también en Chile (Romero, 2006).

12. Por otra parte, los primeros trabajos que encuentran en Uruguay, como las puertas de emergencia o las emergencias móviles, son igualmente fuente de profundo cuestionamiento personal y profesional como también lo son para médicos formados localmente.

13. Por ejemplo, a través de indagar en profundidad los motivos de consulta.

profundas y duraderas de la profesión médica nacional e internacionalmente. Ambos aspectos pueden ser replicados en alguna medida en su trabajo. El primero en el contacto cara a cara, en la escucha y el interés manifestado en la consulta aún cuando se limite a un tiempo breve. El segundo a través de estrategias más o menos creativas para comunicarse con otras instancias y “seguir” a “sus pacientes”, “golpear puertas” para gestiones variadas o activar la red social y profesional personal como mecanismo que complemente o suplante a los caminos establecidos, como también hacen médicos formados localmente.

Ahora bien, el costo personal de mantener el comportamiento de rol respecto del involucramiento y la responsabilidad por la atención al paciente en general es alto. Por estratégicos y creativos que sean los médicos, en muchas oportunidades chocan contra los límites contextuales, representados, por ejemplo, por el establecimiento de necesidades y oportunidades de atención selectivas de acuerdo a criterios economicistas.

La (im)posibilidad de desarrollar un comportamiento que los identifique ante sí mismos como médicos es determinante de búsquedas intensas: cambio de lugar de trabajo, presentación de proyectos, formación en “terapias alternativas” o en especialidades que antes no hubieran considerado, etc. En algunos casos, éstas les permiten sentirse conformes con sus trabajos, sobre todo cuando se suman a iniciativas críticas locales o cuando se dan, como efectivamente sucede a veces, transformaciones institucionales en sentido crítico. Otras veces, la búsqueda desemboca en la construcción de una identidad profesional que siga parámetros más ajustados a los hegemónicos. Pero también, incluso luego de muchos años y varias experiencias positivas, puede desembocar en un “sentirse más parte del problema que de la solución” que lleva a no querer seguir trabajando de médico dado que “no importa si es un sistema privado, si es más caro o menos caro, si es el mejor o es el peor, todos trabajan con la misma lógica”.

De cualquier manera, incluso quienes están más bien conformes con su trabajo proponen, por ejemplo: “a mí lo que a veces me da miedo, [...] es, justamente, perderse en el laberinto de: yo estoy haciendo las cosas para que las cosas cambien y, en realidad, estoy manteniendo un estatus quo, un sistema que nunca va a ser justo”.

A modo de cierre

En los debates antropológicos, sociológicos e históricos se suele destacar la legitimación, normatización y control que cumple la práctica médica y también las ciencias sociales. Sin embargo, lo fundamental es situar estas funciones en relación al contexto en que se desarrollan.

En contextos marcados por una estratificación social inequitativa, por la violencia estructural y simbólica en el ámbito sanitario, reconocer y cuestionar en la práctica la reproducción socio-ideológica y político-económica que el trabajo médico promueve—en general opacada a través de una identificación exclusiva con funciones curativas—resulta un punto de partida tan necesario como doloroso y crítico. Mi acercamiento a la práctica de médicos de la ELAM permite postular que este reconocimiento es uno de los aspectos centrales del encuentro entre formas diferentes de ser/hacer como médicos que representa su inserción en Uruguay y Chile. El mismo resulta crítico porque constituye una oportunidad que no tiene una resolución a priori.

Entre otras trayectorias posibles, podría contribuir a intentos colectivos (hermosos e imperfectos) orientados hacia caminos autogestionados de manejo de la salud/enfermedad/atención. La tensión entre legitimación y cuestionamiento en la práctica

médica, como en el quehacer antropológico y quizás en cualquier otra área, puede resultar paralizante. Reflexionar en compañía, estar en compañía dispuestos a revisarnos autocríticamente es un apoyo fundamental, sobre todo teniendo en cuenta que

“hay un montón
de gente en la vuelta que
quiere hacer y hacer”.¹⁴

Bibliografía

- Anderson, T. (2008). *Solidarity Aid: The Cuba-Timor Leste Health Program*. Recuperado el 08/03/2017, de <http://artsonline.monash.edu.au/mai/files/2012/07/timanderson.pdf>
- Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de trois études d'ethnologie kabyle*. Genève: Dros.
- Bourdieu, P. (1979). *La Distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Éditions de Minuit.
- Dorsch, H. (2011). Black or Red Atlantic? — Mozambican Students in Cuba and their Reintegration at Home. *Zeitschrift für Ethnologie*, 136(2), 289-309.
- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: hacia una antropología de la salud. *Rev. Colombiana de Antropología*, 40, 283-318.
- Fiddian-Qasmiyeh, E. (2011). Paradoxes of Sahrawi refugees' educational migration: promoting self-sufficiency or renewing dependency? *Comparative Education*, 1-15.
- Freidson, E. (1973). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd.
- 38 Gingrich, A. (2004). Conceptualising Identities. Anthropological Alternatives to Essentialising Difference and Moralising about Othering. En G. Baumann, & A. Gingrich, *Grammars of Identity/Alterity: A Structural Approach* (págs. 3-17). New York: Berghahn.
- Gingrich, A., & Baumann, G. (Edits.). (2004). *Grammars of Identity/Alterity: A Structural Approach*. New York: Berghahn Books.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Anchor.
- Huish, R. (2008). *Going where no doctor has gone before: the place of Cuba's Latin American School of Medicine in building health care capacity for Ecuador*. Tesis. Simon Fraser University.
- Lock, M., & Nguyen, V.-K. (2010). *An anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Editorial Patria.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Bs As: Lugar.
- Menéndez, E., & Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.
- Pina-Cabral, J. d. (2011). Afterword: What is an institution? *Social Anthropology*, 19(4), 477-494.
- Portillo, J., & Rodríguez, J. (Comps.). (2004). *La expropiación de la salud*. Montevideo: Nordan-Comunidad.

14. En este párrafo retomo palabras de la despedida del espectáculo que en el carnaval 2017 presentó murga La Mojigata (grupo de murga reconocido en Uruguay).

- Portillo, J., & Rodríguez, J. (Comps.). (1993). *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- Rodríguez, E. et al. (2009). Violencia y contexto. El caso estudiado en Salto. *Cuadernos del CES*, 5, 57-65.
- Romero, S. (1993). Transformaciones en el campo de la salud en Uruguay: ¿una revolución cultural? En J. Portillo, & R. Joaquín, *La Medicalización de la sociedad*. (págs. 125-144). Montevideo: Nordan-Comunidad.
- Romero, S. (1999) Caracterización del campo de la salud en Uruguay, *Salud Problema*, 25-35. Universidad UAM-XOCHIMILCO, México.
- Romero, S. (2003). *Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Apuntes etnográficos sobre asistencia materoinfantil*. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- Romero, S. (2006). Modelos culturales y sistemas de atención de la salud. *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2006*, 201-211.
- Sadler, M. (2004). “Así me nacieron a mi hija”. En M. Sadler, M. Acuña, & A. Obach, *Nacer, educar, sanar. Miradas desde la antropología del género* (págs. 15-66). Santiago de Chile: Catalonia.
- Sadler, M. (2016). Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo. *Revista Chilena de Antropología*, 33(1), 45-57.
- Sinclair, S. (1997). *Making Doctors: An institutional apprenticeship*. Oxford: Berg.